

DE

L'ÉCHINOCOCCOSE PARA-VÉSICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1913

PAR

Marcel LAMIRAULT

Né au Grand-Pressigny (Indre-et-Loire), le 6 août 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		GRANEL, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DE
L'ÉCHINOCOCCOSE
PARA-VÉSICALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

DE

L'ÉCHINOCOCCOSE PARA-VÉSICALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Novembre 1913

PAR

Marcel LAMIRAULT

Né au Grand-Pressigny (Indre-et-Loire), le 6 août 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RAUZIER, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		GRANEL, professeur.		
		SOUBEYRAN, agrégé.		
		EUZIERE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O *).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFOUL.	P. DELMAS.	RIMBAUD.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	ROGER.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LEGERCLE
RICHE.		

Examineurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, prof., <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, <i>agrégé</i> .
GRANEL, professeur.	EUZIERE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE et A MA MÈRE

*Hommage de ma plus tendre affection et de
ma profonde reconnaissance.*

A MES SOEURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA NIÈCE

M. LAMIRAULT.

A MONSIEUR ET MADAME CHARLOT

A MA FIANCÉE

MADemoiselle Cécile CHARLOT

M. LAMIRAULT.

A MES MAITRES

Témoignage de ma vive gratitude.

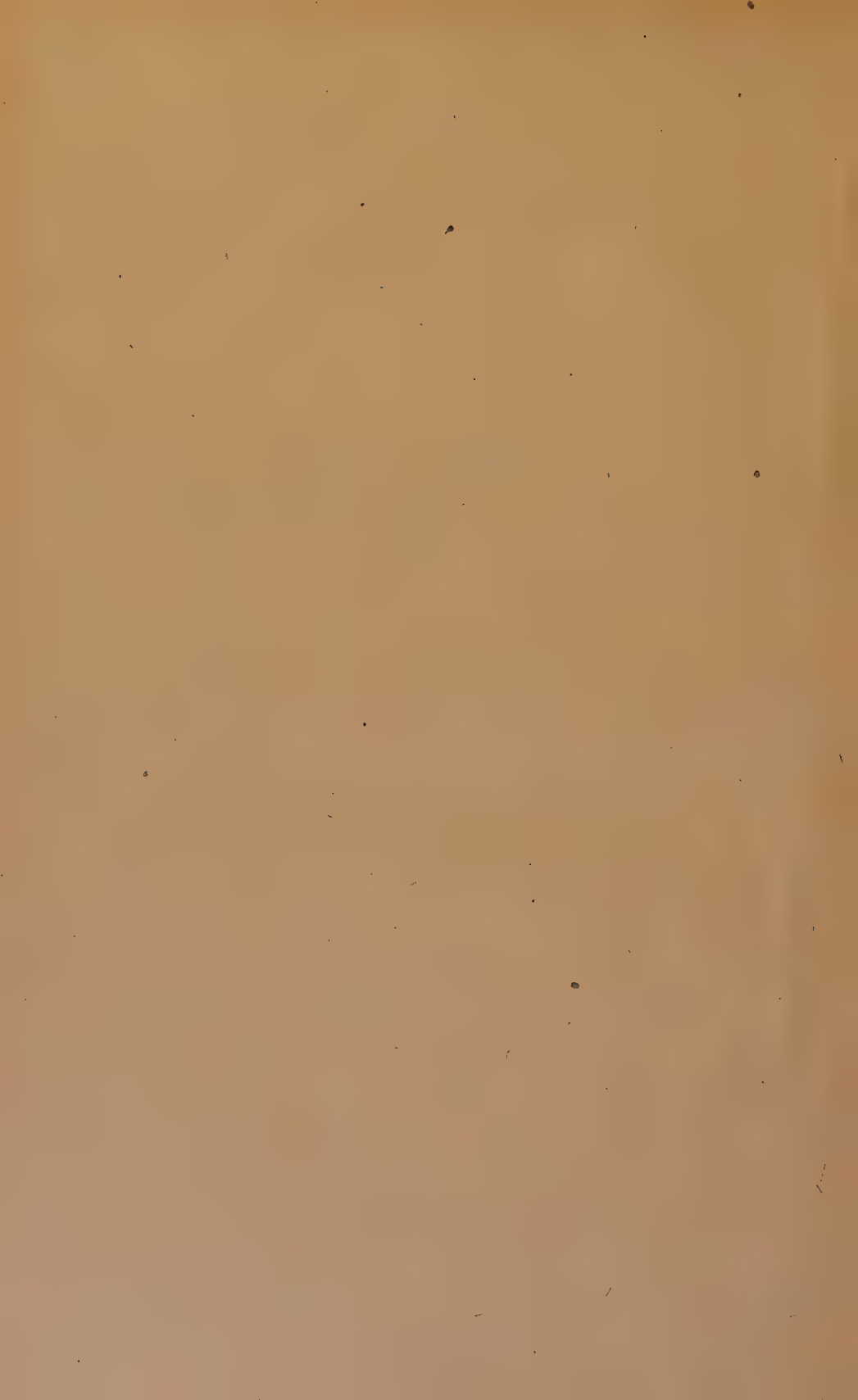
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

MEIS ET AMICIS

M. LAMIRAULT.



PREFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous ne saurions oublier la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux dont le dévouement et la bienveillance nous ont soutenu pendant notre vie d'étudiant.

Qu'il nous soit permis de crier bien haut notre reconnaissance à nos chers parents; après avoir entouré notre enfance des soins les plus doux et les plus affectueux, ils n'ont reculé devant aucun sacrifice pour nous permettre de mener à bien notre formation scientifique. Leur vie n'a été qu'un dur labeur dont nous recueillons tous les fruits, aussi leur prouverons-nous notre infinie gratitude en entourant leur vieillesse des soins les plus tendres.

Nous ne quitterons pas la Faculté de Montpellier sans adresser à tous nos maîtres l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement.

M. le professeur Rauzier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; nous le remercions très sincèrement du grand honneur qu'il nous a fait.

Nous garderons une grande reconnaissance à M. le professeur Soubeyran, qui a bien voulu nous indiquer ce sujet de thèse; que MM. les professeurs Granel et Euzière

reçoivent nos meilleurs remerciements pour l'aide qu'ils ont bien voulu nous apporter au cours de nos études.

Nous n'oublierons pas non plus les professeurs dévoués de l'Ecole de Tours, qui nous ont transmis les trésors cliniques des Maîtres tourangeaux, Bretonneau, Velpeau, Trousseau, Ledouble, etc.

C'est leur solide enseignement qui nous soutiendra aux heures difficiles de notre carrière.

DE

L'ÉCHINOCOCCOSE

PARA-VÉSICALE

INTRODUCTION

Les kystes hydatiques, par leur fréquence relative et la variété de leurs sièges, constituent une affection des plus intéressantes à étudier. Leur présence, en des points les plus divers de l'organisme, soulèvent, pour le clinicien, des problèmes de diagnostic parfois extrêmement délicats; aussi croyons-nous utile d'accumuler des documents cliniques à propos des localisations peu connues et cependant assez fréquentes de ces kystes.

Dans une discussion récente, la Société de Chirurgie de Paris a mis à son ordre du jour la question des kystes hydatiques rétro-vésicaux; parmi les observations présentées à cette Société, se trouvait un cas de kyste hydatique rétro-vésical observé par M. le professeur agrégé Soubeyran. Grâce à l'amabilité de ce maître, il nous est possible de publier aujourd'hui cette observation ainsi que quelques autres cas particulièrement typiques.

La discussion à la Société de Chirurgie a montré que le siège rétro-vésical des kystes hydatiques ne constituait pas une rareté, mais qu'un certain nombre d'auteurs avaient eu l'occasion d'en observer quelques cas. Ce fait nous a incité à faire quelques recherches sur cette affection, qui mérite, par ses allures spéciales, d'attirer l'attention des chirurgiens. Le diagnostic, impossible à faire si l'on ne connaît pas l'histoire de ces kystes, peut être singulièrement éclairé par l'étude de leurs principaux caractères cliniques et par un certain nombre de recherches de laboratoire que nous exposerons plus loin; il en résulte qu'une active thérapeutique peut leur être opposée, thérapeutique le plus souvent suivie d'un succès complet.

Ces quelques faits prouvent qu'il ne s'agit pas là d'une œuvre purement théorique, mais que notre modeste travail peut également avoir une certaine portée pratique.

HISTORIQUE

Depuis le travail de Charcot, un certain nombre de travaux sont venus accumuler des documents sur cette question jusque-là un peu obscure.

Charcot présenta, en 1852, à la Société de Biologie, un long mémoire portant sur l'étude attentive de douze observations.

Dans cet intéressant travail, Charcot montra quel était le siège exact du kyste, trouvé le plus souvent entre la vessie et le rectum chez l'homme, mais il démontra aussi que son lieu d'origine est le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.

Ce qui nous paraît actuellement un fait acquis, n'était nullement admis avant Charcot, et l'on rapportait tous les cas de kystes ainsi situés à une échinococcose d'un organe voisin.

Après la publication de plusieurs observations dues à Perrin, Pize, Budi, Flekes, Pauls, etc., Dolbeau reprit l'étude de ces formations dans un travail présenté en 1867 à la Société de médecine de Paris. Il adopte les idées de Charcot, montrant que les hydatides se développent

dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et que, par leur développement, elles se développent entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre le rectum et la paroi vaginale chez la femme.

La thèse de Bouilly (thèse d'agrégation, Paris, 1880) oppose à la rareté des tumeurs prévésicales la fréquence relative des kystes hydatiques rétro-vésicaux.

Dans sa thèse de Paris (1890), inspirée par Tillaux, Legrand combat la théorie de Charcot: les kystes rétro-vésicaux ne naîtraient pas du tissu cellulaire sous-péritonéal, mais de la paroi vésicale. Cette opinion ne fut pas admise par les divers auteurs qui, depuis, se sont intéressés à l'étude de ces kystes. En particulier, Albarran (Tumeurs de la vessie) admet pleinement les idées de Charcot. Depuis, l'origine aux dépens de la paroi vésicale ne fut plus admise ni soutenue par les auteurs: Walter (Traité de chirurgie), Legueu et Héresco (Congrès d'Urologie, 1898), Furstenberg (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907), thèse de Masméjan (1905), la récente discussion à la Société de Chirurgie (séance du 25 juin 1913) sont venus compléter l'étude étiologique, symptomatique et thérapeutique de cette affection.

Mais une notion bien ancienne et très discutée doit être aujourd'hui, après les travaux de Devé, bien mise en valeur. C'est celle de la greffe secondaire des hydatides pour rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale; nous ne faisons que signaler ici les travaux de cet auteur, nous proposant de revenir avec plus de détails sur ce point important.

On voit, par le nombre des travaux et par le nom de ceux qui se sont occupés de cette question, l'intérêt qu'elle peut présenter aux yeux du chirurgien.

ETIOLOGIE

Le fait étiologique le plus certain, la cause même de l'affection, c'est la pénétration dans notre organisme du *tænia échinocoque*, petit ver de 5 à 6 millimètres de longueur, vivant normalement à l'état adulte dans l'intestin du chien. Il est constitué par seulement trois anneaux, dont le dernier est le plus volumineux; c'est le plus important au point de vue pathologique, car c'est dans ce dernier anneau que se trouvent les œufs en très grand nombre (environ 500).

Lorsque ce dernier anneau est expulsé de l'intestin du chien avec les matières fécales, il finit par se désagréger et met ainsi en liberté les œufs qu'il contenait.

Dispersés dans tous les sens, ces œufs ne manquent pas de souiller des légumes, des fruits, l'eau d'alimentation. Par l'intermédiaire de ces produits alimentaires, les œufs sont amenés dans l'estomac de l'homme; la coque de l'œuf étant aisément dissoute par le suc gastrique, l'embryon contenu dans l'œuf est mis en liberté.

Cet embryon est arrondi et porte six crochets, ce qui lui fait donner le nom d'*embryon hexacanthé*.

De sa situation intragastrique, l'embryon hexacanthé, par pénétration dans la muqueuse, ne tarde pas à passer dans la circulation porte.

La circulation porte lui permet alors d'arriver jusqu'au foie, où il est arrêté en général dans les capillaires.

Dans quelques cas, le kyste continue son chemin, arrive ainsi au cœur, d'où il est lancé dans la circulation pulmonaire, où il donne un kyste hydatique du poumon s'il est arrêté par les capillaires.

L'embryon peut traverser la circulation pulmonaire; il revient alors au cœur, d'où il est lancé dans la circulation générale (kyste hydatique du cerveau, des reins, etc.).

L'embryon hexacanthé, arrivé dans un organe dans lequel il veut se fixer, subit une transformation spéciale, devient hydropique et est alors constitué par une vésicule.

Nous étudierons rapidement le développement de cette vésicule au chapitre de l'anatomie pathologique; nous nous contenterons, ici, de retirer de notre exposé rapide quelques notions étiologiques.

La dissémination des œufs de *tænia échinocoque* par le chien nous fait comprendre comment se fait la transmission de l'affection.

Elle peut être directe, la contamination se faisant par passage direct des œufs du chien à l'homme, en général cette transmission est indirecte. Le chien et quelques autres animaux disséminent leurs œufs sur des légumes, par exemple des salades, qui, ingérés sans cuisson, sont un parfait véhicule pour l'infestation. Les fruits, en particulier, ceux qui, comme les fraises, sont portés par des plantes de petite taille ou ramassés sur le sol, sont également des agents de transmission.

L'eau enfin, l'eau des puits, des mares, des cours d'eau

à faible courant, recueille aisément les œufs de *tania* pour les transmettre à l'homme.

Le *tania échinocoque* se trouve en grande quantité dans les pays où les chiens sont abondants, en particulier dans les pays d'élevage, où le nombre des chiens est très élevé.

L'échinococcose se rencontrerait surtout chez des sujets âgés de 30 à 50 ans.

Après avoir exposé ces quelques notions étiologiques générales, voyons quelle est l'origine des kystes hydatiques rétro-vésicaux.

Les embryons hexacanthés peuvent suivre trois voies pour se localiser au niveau du petit bassin :

- 1° Voie directe;
- 2° Voie circulatoire;
- 3° Voie péritonéale par greffe secondaire.

1° *Voie directe.* — Suivant l'hypothèse qui admet la pénétration de l'embryon par voie directe, l'embryon hexacanthé, mis en liberté dans l'estomac, ne pourrait se fixer sur la muqueuse gastrique et serait entraîné par les aliments dans le tube intestinal.

Par suite du séjour prolongé des matières fécales dans l'ampoule rectale, il serait facile à l'embryon hexacanthé de pénétrer dans les tuniques rectales, de les perforer et de venir se loger dans le tissu cellulaire péri-rectal.

2° *Voie circulatoire.* — Dans un certain nombre de cas, nous l'avons vu, les embryons hexacanthés peuvent passer à travers les mailles du réseau capillaire hépatique, puis, à travers la circulation pulmonaire, pour être lancés par le cœur dans la circulation générale. Ils pourront ainsi se fixer en un point quelconque de l'économie.

A côté de cette voie circulatoire sanguine, existe une théorie qui invoque le transport à distance par les vaisseaux lymphatiques.

3° *Grefte secondaire*. — Un aphorisme d'Hippocrate affirmait que « Quand le foie, plein d'eau, se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent ».

Les divers auteurs, jusqu'en ces dernières années, croyaient encore à cet aphorisme et étaient certains que la rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale était suivie d'une péritonite mortelle.

Mais l'observation clinique et l'expérimentation montrèrent que la mort n'était pas fatale dans ces cas, et Dévé et ses élèves, en particulier, ont montré que le contenu des kystes hydatiques du foie (constitué par du sable hydatique, qui n'est autre chose que de petites têtes de *ténias* ou *scolex*), peut se greffer sur le péritoine et donner de nouveaux kystes hydatiques.

Or, cette rupture n'est pas rare, elle constitue même pour Dévé le plus fréquent des accidents de l'échinococcose hépatique, cette rupture étant due soit à un traumatisme (un traumatisme brutal n'est pas nécessaire), soit à un simple effort, soit même sans effort.

Mais cette échinococcose secondaire présente deux formes essentielles (Dévé). Dans un premier cas, la greffe des vésicules se produit dans toute l'étendue de la cavité péritonéale et a assisté à une véritable éclosion d'un nombre considérable de tumeurs.

Dans une deuxième forme, l'échinococcose est plus discrète et se localise au niveau du bassin, constituant les « kystes du cul-de-sac de Douglas ». Pour Dévé: « Dans

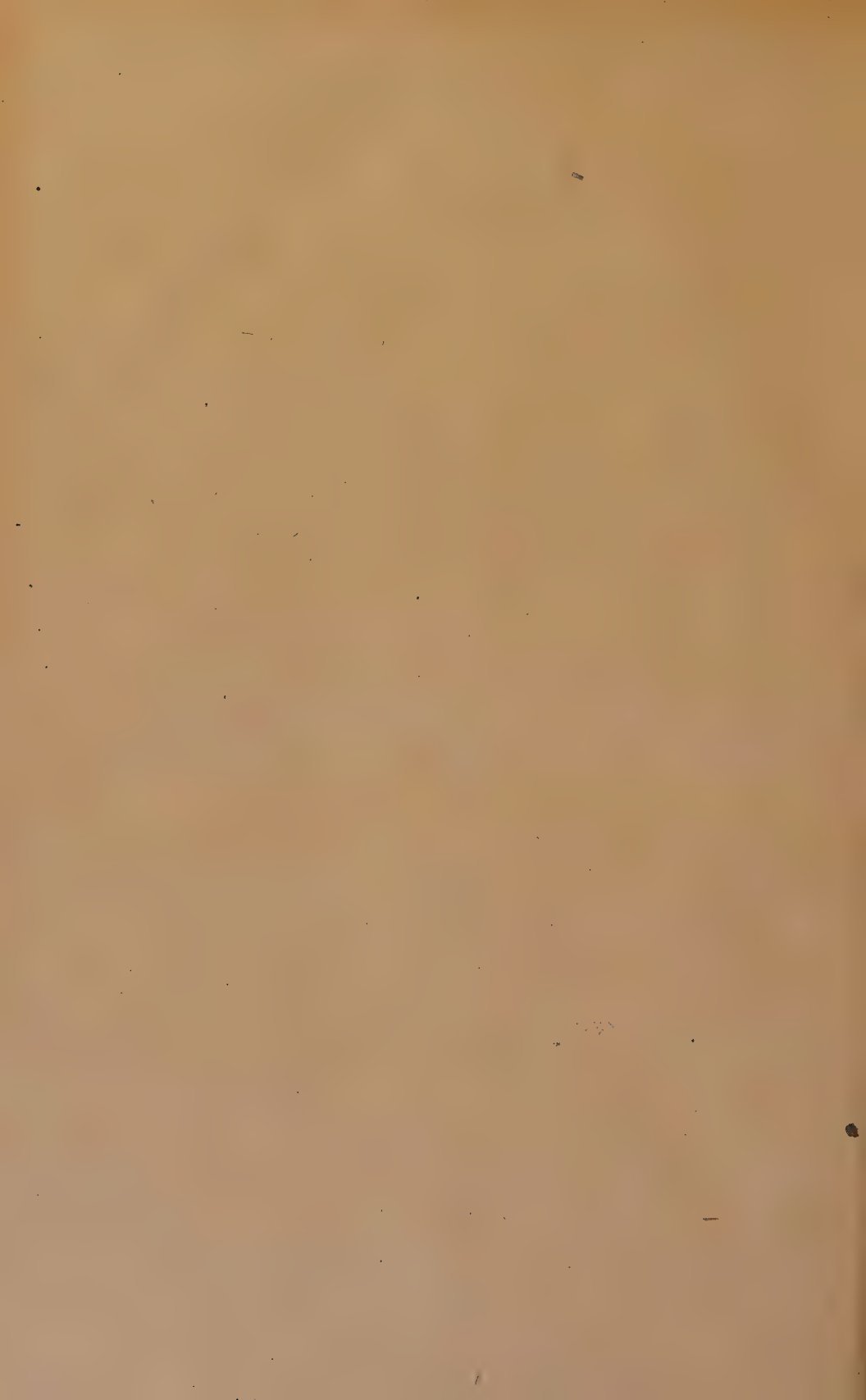
la règle, les kystes hydatiques du bassin sont des kystes secondaires du péritoine pelvien »:

Tuffier en a rapporté deux exemples à la Société de Chirurgie; Quénu en a rapporté deux cas également. « Je crois, dit Tuffier, que, fréquemment, ces kystes du petit bassin sont consécutifs à des kystes hydatiques du foie, rompus dans le péritoine, et dont le contenu vient se collecter dans le cul-de-sac de Douglas. »

Après Quénu, Hartmann fit la communication suivante: —« Je n'ai observé que trois cas de kystes hydatiques du petit bassin, tous trois développés chez l'homme entre la vessie et le rectum.

» Comme deux de ces cas ont déjà été publiés dans le deuxième volume de mes Travaux de chirurgie, je n'y insisterai pas. Dans les deux cas, il y avait concomitance d'un kyste hydatique du foie. Dans le troisième, il s'agissait d'un malade que j'avais opéré dix-huit ans auparavant d'un kyste hydatique du foie, et qui est revenu me voir cette année avec une échinococcose intra-abdominale avec une grosse poche prérectale et rétro-vésicale.

» Ces trois cas viennent donc s'ajouter à ceux apportés par nos collègues Tuffier et Quénu pour montrer que, souvent, ces kystes hydatiques rétro-vésicaux sont le résultat de greffes secondaires à un kyste hydatique du foie. »



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas à insister sur l'anatomie pathologique des kystes hydatiques, nous ne ferons que rappeler leur structure.

L'embryon hexacanthé, parvenu en un point de l'organisme où il veut se fixer, se transforme en une vésicule dite *hydatide*, constituée par deux parties: une membrane externe de nature chitineuse, la *cuticule*, et une membrane interne très mince qui constitue la *membrane germinative*, qui est la partie active de la formation.

Elle présente un aspect granuleux. La poche formée ainsi contient un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant parfois en suspension des granulations très fines qui sont des *scolex*, c'est-à-dire des têtes de ténias invaginés. On rencontre aussi dans ce liquide de petites vésicules: les vésicules proligères, formées d'une membrane proligère et contenant des scolex à leur intérieur.

Les kystes hydatiques rétro-vésicaux se trouvent entre la vessie et le rectum. Leur volume est très variable, certains sont du volume d'un œuf, d'une orange, mais s'ils ne sont pas arrêtés dans leur développement, ils conti-

nuent à accroître leur volume, atteignant les dimensions d'une tête d'adulte et les dépassant même.

Leur forme est arrondie, leur surface lisse, mais souvent des adhérences les unissent avec les organes voisins, ce qui faisait croire autrefois que ces organes étaient leur lieu de formation.

Les rapports entre ces kystes et les organes voisins sont importants à noter, car de graves compressions peuvent en résulter.

La vessie est comprimée et le plus souvent adhérente au kyste; les uretères étant comprimés dans quelques cas, le conduit se dilate au-dessus du point rétréci, d'où un retentissement fâcheux de l'affection sur le rein: distension de l'uretère, du bassinet et atrophie rénale.

Comme la vessie, le rectum est immédiatement comprimé, d'où une rétention fâcheuse des matières et des signes d'une occlusion chronique plus ou moins prononcée, suivant le siège exact et le volume du kyste.

La situation générale de ces kystes est bien connue, mais il est bien plus délicat de les localiser exactement.

Depuis Charcot, la majorité des auteurs les situent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Si l'on accepte la théorie de la pénétration directe de l'embryon venu du rectum, cette situation paraît logique; elle le paraît d'autant plus que, chez la femme, le kyste se trouve situé dans la cloison recto-vaginale.

Tuffier, Legueu, après Charcot et Davaine, ont admis cette situation sous-péritonéale du kyste. Tuffier le localise très exactement: « Leur siège d'élévation est le tissu cellulaire situé immédiatement en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessus de la prostate, au-dessous du cul-de-sac péritonéal ».

Dans la greffe des kystes hydatiques par échinococcose

du foie rompue dans le péritoine, la situation du kyste est évidemment intra-péritonéale. Dans ce cas, la tumeur se développe à l'intérieur de la cavité abdominale. Lorsque le kyste est sous-péritonéal, il se coiffe peu à peu de la séreuse et se développe vers la vessie en avant, vers le rectum en arrière, vers l'abdomen en haut.

L'*évolution anatomique* de ces kystes se fait vers l'accroissement continu. Le kyste hydatique augmente peu à peu de volume, faisant subir aux organes voisins une compression de plus en plus accentuée.

CLINIQUE

Sauf dans les cas de rupture d'une échinococcose hépatique, dans lequel on pourrait songer à la possibilité d'une greffe secondaire, le diagnostic est extrêmement délicat. Il est impossible à faire au début. « Comme dans toutes les affections rares, la plus grande difficulté des kystes hydatiques para-vésicaux, c'est d'y penser. » (Furstenberg.)

La douleur est rare, elle ne se fait sentir que tardivement; ce que l'on note plus fréquemment, c'est de la pesanteur périnéale, de la gêne plutôt que de la douleur.

Deux points sont importants à noter :

- 1° La présence d'une tumeur;
- 2° Les signes de compression.

I. *Les signes de compression* peuvent mettre sur la voie du diagnostic de kyste rétro-vésical s'ils sont au complet, c'est-à-dire si on retrouve à la fois ces signes du côté du rectum et du côté de la vessie.

Il serait difficile, en effet, de rapporter à un kyste hyda-

tique la difficulté des mictions ou leur fréquence, mais si la fréquence des mictions ou la dysurie est accompagnée de gêne, d'une sensation de pesanteur périnéale; si des signes de compression rectale s'y ajoutent: constipation, faux besoins, gêne, le tableau symptomatique se complète et le diagnostic est mieux orienté.

II. *La présence d'une tumeur.* — Dans les cas les plus favorables, le palper abdominal permet de percevoir la présence d'une tumeur, mais, dans ces cas, le kyste est très volumineux. En général, c'est le toucher rectal chez l'homme, le toucher vaginal chez la femme qui renseignent. On perçoit, par ces explorations, une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac de Douglas, tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins rénitente, en général plus ou moins lisse et arrondie et dont l'examen par le toucher n'est pas douloureux.

Lorsque le toucher a permis de trouver la tumeur, on peut utiliser le palper abdominal combiné au toucher, ce qui permettra de mieux explorer les limites et la forme du kyste.

La perception du frémissement hydatique est un signe décevant, puisqu'il se retrouve dans des tumeurs non échinococciques, et il ne peut être recherché ici que dans les cas de tumeur à évolution abdominale.

Evolution. — L'évolution clinique est calquée sur l'évolution anatomique. Le kyste hydatique évolue vers l'accroissement de volume. De là l'apparition de douleurs et l'accentuation des signes de compression.

La constipation devient de plus en plus vive par suite de la compression du rectum, aplati d'avant en arrière contre la concavité sacrée.

La vessie, comprimée, ne contient plus qu'une quantité minime d'urine, d'où pollakiurie et parfois même rétention d'urine.

Enfin, la compression des urètres donne une dilatation de ces conduits, des bassinets et des reins, lésions plusieurs fois constatées dans des autopsies.

Si le kyste évolue ainsi lentement vers l'accroissement, le sujet est bientôt la proie d'une cachexie qui l'emportera. Le sujet maigrit et s'affaiblit de jour en jour.

Mais le kyste, malgré les grandes dimensions qu'il peut acquérir, ne peut cependant pas continuer à s'accroître d'une façon indéfinie, et plusieurs éventualités peuvent se produire pour arrêter son évolution.

Le kyste peut *suppurer*, on a alors la formation d'un véritable abcès rétro-vésical dont on juge la gravité aisément.

La poche kystique est protégée par la cuticule, mais, sous l'action d'influences diverses, des microbes surtout, au voisinage du tractus intestinal, si riche en microorganismes, arrivent à pénétrer dans le kyste et à le transformer ainsi en un vaste abcès.

La poche peut aussi se rompre, et cette *rupture* des kystes hydatiques rétro-vésicaux n'est pas rare.

Sous l'influence d'un effort, d'un traumatisme, ou parfois sans cause apparente, la poche kystique se rompt, et, en général, produit une inondation péritonéale par le liquide kystique.

Si le kyste était aseptique, le liquide épanché dans le péritoine peut occasionner cependant une péritonite; il peut produire une intoxication générale, ou il peut se résorber, produisant ainsi une guérison spontanée.

Si le contenu du kyste était septique ou suppure, la mort par péritonite survient rapidement.

Cette rupture, au lieu de se produire vers la cavité abdominale, peut se faire vers la vessie, ou vers le rectum; dans ce cas, le sujet rend un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant ou non des vésicules.

La rupture dans la vessie ne constitue pas une rareté; Masméjan en rapporte six cas dans sa thèse.

La rupture du kyste est annoncée par une douleur subite, très vive, que les malades comparent à un déchirement. Il est à noter que, dans quelques cas, cette rupture a pu être suivie de graves hémorragies.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit être fait en deux temps :

- 1° Il y a une tumeur rétro-vésicale ;
- 2° Cette tumeur est un kyste hydatique.

I. *Il y a une tumeur rétro-vésicale.* — Le diagnostic est impossible au début. Ce n'est que lorsque la tumeur est un peu développée que l'apparition d'une gêne, d'une pesanteur, attirent l'attention. On remarque alors qu'il existe de la constipation, que la défécation est gênée, que le malade a de faux besoins. La miction est anormale : pollakiurie, rétention même, ensemble de signes qui orientent notre diagnostic.

L'examen nous permet alors de vérifier l'exactitude de notre diagnostic : par le toucher rectal ou vaginal, nous percevons une tumeur du Douglas, arrondie, lisse, plus ou moins rénitente.

Si le kyste est volumineux, l'examen par la paroi antérieure de l'abdomen sera possible.

Donc, il existe une tumeur en arrière de la vessie.

II. *Cette tumeur est-elle un kyste hydatique?* — L'examen nous montre que la tumeur est kystique, puisqu'elle est arrondie, bien limitée, rénitente ou même très nettement fluctuante. Mais il existe actuellement toute une série de recherches de laboratoire que l'on ne doit pas ignorer et qui vont nous permettre de préciser la nature exacte du kyste.

La ponction du kyste doit être abandonnée, car elle est dangereuse, elle a pu donner lieu à de graves accidents dus à la toxicité du liquide contenu dans la poche.

Eosinophilie sanguine. — On sait que la présence de parasites dans l'organisme humain s'accompagne de l'apparition de leucocytes éosinophiles dans le sang. Cette éosinophilie, pour être considérée comme nette, doit atteindre au moins le chiffre de 5 0/0.

Dans l'échinococcose, elle arrive à 8 et 10 ou 12 0/0. Achard l'a vue monter à 40 0/0. Cette recherche est extrêmement simple et parfaitement utilisable en clinique; elle ne nécessite que la prise d'une goutte de sang et un matériel instrumental très réduit.

Cependant, cette réaction peut faire défaut; elle peut être due à d'autres parasites, par exemple à un *tænia solium* habitant dans l'intestin du malade; il y a donc des causes d'erreur dont il faut tenir un certain compte.

Réaction de fixation. — La réaction de fixation ou de déviation du complément permet de déceler, dans le sérum des malades atteints de kyste hydatique, l'existence d'anticorps hydatiques. C'est l'application à l'échinococcose de la méthode de Bordet et Gengou. C'est là une excellente méthode, puisqu'elle est spécifique et qu'elle donne une réaction très fréquemment positive.

Précipito-diagnostic. — Fleig et Lisbonne ont donné un procédé très simple et d'après eux très efficace de la recherche, dans le serum d'un malade suspect d'échinococcose, de l'existence de précipitines vis-à-vis du liquide hydatique. Cette méthode, de technique aisée, est intéressante en pratique.

L'*anaphylaxie passive* consiste en l'injection de serum de sujet suspect à des animaux sensibilisés avec du liquide hydatique, d'où production d'un choc anaphylactique révélant la présence d'anticorps dans le sang du malade.

On voit, par ce rapide exposé, que les procédés de laboratoire, procédés d'exploration basés sur des *réactions biologiques*, sont très importants, et, actuellement, il est nécessaire d'associer ces procédés modernes de diagnostic avec l'exploration clinique, ce qui nous permettra d'arriver à une précision inconnue jusqu'ici.

PRONOSTIC

Le pronostic est toujours sérieux, car le début insidieux de l'affection la fait méconnaître. Lorsque des troubles apparaissent plus tard, il est très difficile de les rapporter à leur véritable cause, et le kyste continue à évoluer.

Le pronostic doit être réservé, par suite de la coexistence très fréquente de l'échinococcose du foie avec l'échinococcose du petit bassin, ce qui assombrit toujours le pronostic.

Enfin, l'évolution du kyste se fait toujours vers l'accroissement. L'arrêt de développement spontané du kyste par mort de l'échinocoque, quoique possible et réalisée en pratique, ne doit jamais être escompté.

La possibilité de la rupture de la poche, sous l'influence d'un effort parfois minime, la suppuration possible, sont des accidents d'une haute gravité.

Les compressions urétérales ne sont pas également sans danger.

De sorte que le pronostic est sombre dans son ensemble, ce qui doit inciter le médecin à employer contre cette affection une thérapeutique vraiment active.



TRAITEMENT

Le traitement actuel des kystes hydatiques rétro-vésicaux est évidemment purement chirurgical.

I. Nous n'insisterons pas sur la *prophylaxie hygiénique* de l'infection hydatique : il faudra éviter autant qu'il sera possible de le faire la transmission du ténia du chien à l'homme : usage d'eau non contaminée, de légumes cuits, de fruits sains.

II. La *prophylaxie opératoire* est importante, puisque nous savons que l'échinococcose hépatique peut donner secondairement une échinococcose pelvienne, si on laisse se greffer des scolex dans la cavité péritonéale.

Aussi a-t-on, avec juste raison, recommandé de pratiquer, avant d'ouvrir la poche hépatique, une solution de formol à 1 ou 2 0/0 dans le kyste, de façon à tuer les hydatides ; la solution doit rester cinq minutes dans la poche kystique.

Ce formolage est absolument sans danger, et si le

kyste est constitué par une cavité unique, il est très efficace.

Le traitement à opposer aux kystes est actuellement l'extirpation de la poche, si elle est possible.

Les ponctions sont à rejeter absolument.

A la Société de Chirurgie, la discussion a montré que les chirurgiens sont d'accord pour aborder les kystes du petit bassin par la laparotomie.

Le kyste, bien repéré et bien dénudé, une injection de formol doit être faite dans la poche, puis le kyste est incisé et vidé de son contenu.

Jusque-là, tout le monde est d'accord, mais les opinions varient lorsqu'il s'agit de traiter la poche kystique ainsi vidée de son contenu.

Si la poche est petite, bien accessible, l'extirpation totale doit être pratiquée; si elle est possible, elle constitue vraiment la méthode de choix (P. Launay).

La méthode de Delbet, c'est-à-dire la fermeture du kyste sans drainage, a été soutenue par Lejars, qui l'utilisa avec succès.

Si la poche kystique est très volumineuse, adhérente aux organes voisins, on peut la marsupialiser et la drainer.

Evidemment, dans les cas de rupture ou de suppuration, l'intervention s'impose absolument d'urgence et la conduite à tenir variera avec les lésions que l'on rencontrera à l'opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas. Marsupialisation abdominale.
Guérison (Soubeyran).

L... (Antoine), d'Arles, âgé de 34 ans, employé au P.-L.-M., entre dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran, salle Buisson, n° 10, le 26 juillet 1904.

Le malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Rien dans ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de chiens chez lui. En outre, chose remarquable, il n'a jamais présenté de troubles urinaires. Depuis deux ans, le malade ressent de vagues douleurs au niveau du bas-ventre. Pas de localisation au point de Mac-Burney. Jamais de vomissements. Constipation habituelle.

Le 28 janvier 1904, sans avoir commis d'excès, sans fatigue préalable, brutalement, comme un coup de cou-

teau, le malade ressent une douleur vive dans la région appendiculaire, à 7 heures du matin.

Il peut à peine marcher. Dix minutes après, vomissements peu abondants, grisâtres. Deux heures plus tard, nouvelle crise douloureuse, suivie de syncope passagère avec nouveaux vomissements. Un médecin, consulté, ordonne une purge. Depuis ce moment, cessation complète des crises. Une douleur vague dans la région appendiculaire, persiste seule. On prescrit des frictions à la pommade mercurielle belladonnée.

Inquiété par la possibilité de nouvelles crises, et conseillé par son médecin, le malade entre, le 26 juillet 1904, dans un service chirurgical.

Homme bien constitué. A l'examen de l'abdomen, on ne trouve pas de douleur spontanée. Le malade accuse un peu de sensibilité à la pression, au point de Mac-Burney. On sent au-dessous de ce point, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée verticalement, cylindrique, un peu plus grosse que le pouce. On pense à une appendicite en voie de refroidissement, avec, peut-être, une collection iliaque.

Le 4 août, on opère le malade; après anesthésie au mélange d'éther et de chloroforme, M. Soubeyran pratique l'incision de Roux. Après diérèse des plans musculaires, le péritoine est incisé et repéré.

L'appendice est facilement trouvé, un peu augmenté de volume et adhérent sur tout son parcours au péritoine de la fosse iliaque. Il est très nettement descendant, s'enfonce dans le petit bassin, et il est impossible d'atteindre avec le doigt son extrémité. De plus, cette extrémité, qui descend en avant du rectum, adhère au rectum et à la tumeur kystique dont nous allons parler.

L'appendice est réséqué. On touche le moignon au

thermo-cautère et on l'enfouit. Cette première partie de l'intervention pratiquée, on trouve, dans la fosse iliaque droite, une petite tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, blanchâtre, ressemblant à s'y méprendre à un ganglion caséifié.

Cette tumeur est recouverte par le péritoine, qui se continue sur la vessie. On incise le péritoine et on cherche à séparer la tumeur de la vessie, ce qui est absolument impossible à faire, à cause de son adhérence intime avec cet organe. Sous l'influence des efforts d'extirpation, la tumeur, très adhérente et très fragile, se crève, et des matières pseudo-sébacées en sortent.

On pratique alors plus profondément l'exploration avec la main, et on s'aperçoit que cette tumeur se continue dans la profondeur de l'excavation du petit bassin, en avant du rectum, qu'elle déborde à droite, en arrière de la vessie, paraissant adhérer intimement avec cette dernière.

A l'expression, il s'en échappe un liquide abondant, légèrement trouble (les vésicules n'apparurent qu'au premier pansement).

Après résection de la partie supérieure de la poche, les bords en sont marsupialisés; puis, un drain très long est enfoncé dans la cavité, dont la hauteur mesure de 15 à 18 centimètres. De plus, un aide introduit son doigt dans le rectum, et il sent très bien, au niveau de la prostate, le drain qui bute dans la paroi de la poche. Suture de la paroi à deux plans, et fixation du drain. On était en présence d'un kyste rétro-vésical, peut-être hydatique.

5 août. — Quelques vomissements chloroformiques, ventre souple, pouls 90, température 37°2.

7 août. — Premier pansement. La plaie va très bien,

un liquide louche citrin s'écoule par le drain; il est assez peu abondant. Pouls 90, température 37°2.

10 août. — En faisant le pansement, on aperçoit entre l'ouverture de la poche et le drain une vésicule hydatique, flasque, paraissant morte, du volume d'une noix. Une dizaine de calibres différents sortent aussi. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique.

14 août. — Les fils sont enlevés. Réunion par première intention de la paroi. Le kyste suppure beaucoup et quelques vésicules mortes s'extériorisent. Bon état général. L'appétit et les selles sont parfaites. Température 37°, pouls 80.

20 août. — A une heure du matin, le malade eut un violent point de côté au niveau de l'omoplate droite. Température 38°, crachats sanglants fibrineux. Matité et exagération des vibrations dans la région moyenne du poumon droit. On diagnostique une congestion pulmonaire et on donne une potion à l'ipéca. La plaie est en parfait état.

22 août. — On retire le drain et on bourre le trajet à la gaze iodoformée.

29 août. — Deux vésicules s'éliminent encore. La congestion pulmonaire est complètement guérie.

10 septembre. — Le malade sort guéri, son état général est parfait, sa cicatrice solide. Pendant la convalescence, les fonctions urinaires et digestives ont été régulières.

OBSERVATION II

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas, adhérent à la vessie, chez un enfant de 7 ans. Observation de M. le professeur V. Veau.

Le 18 novembre 1912, l'enfant Dubois (André), âgé de 7 ans, entre à l'Hospice des Enfants-Assistés pour une tumeur abdominale.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant.

Depuis un an environ, l'enfant venait à la consultation de médecine parce qu'il était faible, ne mangeait pas et accusait des douleurs généralisées et mal localisées.

Mais ayant passé l'été dernier à la campagne, il était revenu ayant augmenté de 4 kilogrammes et se portant bien.

Dès novembre 1912, il commence à maigrir et, lorsqu'il se présente à la consultation de médecine, M. Grenet remarque, à l'examen, une tumeur abdominale; il l'envoie en chirurgie.

Dans le service, on constate une tumeur s'étendant presque du pubis à l'ombilic, mate à la percussion, semblant adhérer à la paroi abdominale.

Au toucher rectal, cette tumeur, très accessible, semble partir de la branche horizontale du pubis.

Le diagnostic est à faire entre un kyste du mésentère et un abcès froid partant du pubis.

L'enfant reste couché chez lui pendant dix jours, avec des compresses chaudes, puis rentre dans le service le 28 décembre.

La tumeur a augmenté de volume et, à la palpation, l'enfant accuse une douleur marquée dans la fosse iliaque droite et dans toute la zone qui avoisine la tumeur.

Le 2 décembre, on pratique une ponction, qui donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche; aussi change-t-on le diagnostic, posé jusqu'alors, d'abcès froid pubien, pour celui de kyste hydatique.

L'examen microscopique montre des vésicules prolifères encore adhérentes à la membrane, et le liquide centrifugé renferme de nombreux scolex; il n'y a pas ou peu de crochets libres. Après la ponction, la tumeur disparaît.

Le 3 décembre, survient une poussée d'urticaire sur la poitrine et la face, éruption qui disparaît dans la nuit.

L'enfant ayant quitté l'hôpital le 5 décembre, y revint le 23 janvier 1913.

L'état général est resté stationnaire; le malade a des crises très douloureuses après l'ingestion des aliments et pendant les efforts de défécation; il ne supporte pas la position assise et se met à genoux pour manger.

Il urine souvent, et, bien que ne souffrant pas la nuit, il se réveille chaque nuit pour uriner.

La tumeur, reproduite, s'étend au-dessous de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane, descendant jusqu'au pubis.

Elle est arrondie et semble un peu bosselée du côté droit, croisée par un corps mou qui paraît être l'intestin.

La matité est absolue, la pression provoque une douleur intense.

Au toucher rectal, la tumeur remplit le petit bassin.

Opération. — Incision médiane, de l'ombilic au pubis, mais la partie supérieure seule de l'incision peut être utilisée, la vessie remontant sous forme de boyau. Je suis bien passé à droite de la vessie, mais, malgré cela, elle

empiétait encore de plus d'un tiers sur la partie inférieure de l'incision.

Des anses intestinales masquent complètement la tumeur, qui n'apparaît pas quand le malade est renversé.

L'épiploon est adhérent sur une petite étendue: je le sectionne.

La poche étant ponctionnée, je laisse écouler un peu de liquide, que je remplace par 10 grammes de formol au 1/100°.

La tumeur est ensuite enlevée comme un utérus: section du péritoine sur la tumeur, en arrière de la vessie; décortication du péritoine sur la tumeur, en arrière de la vessie. La libération de la vessie est difficile; c'est en allant de dehors en dedans qu'on arrive à circonscrire la zone la plus adhérente, qui correspond au bas-fond vésical; à ce niveau, des fibres musculaires restent adhérentes à la paroi de la tumeur.

C'est là aussi qu'il y eut du sang et une pince à poser.

Dans toute cette décortication, je me suis tenu en dehors de l'ouverture, j'ai enlevé le kyste en bloc comme une tumeur.

Quand l'ablation fut achevée, le petit bassin apparut net: les deux uretères faisaient saillie, recouverts de tissu conjonctif, le droit plus adhérent que le gauche. Les deux canaux déférents étaient visibles, le gauche encore collé à la paroi du petit bassin, mais le droit était libre, décollé par la décortication de la tumeur.

Le rectum n'est pas à nu, il apparaît, dans le petit bassin, recouvert de tissu conjonctif.

Je termine l'opération par une péritonisation facile; je place un drain.

Résultat opératoire. — Le soir de l'opération et le lendemain matin, la température monte à 38°4. Depuis, elle

reste normale, ne dépassant guère cette normale, le soir, que de deux dixièmes. L'enfant a peu souffert, il ne s'est jamais plaint pendant les mictions, il n'a pas uriné de sang. Pendant les premiers jours, il urinait souvent, mais sans souffrir.

Le drain a été enlevé quarante-huit heures après l'opération et les fils cinq jours après.

Les douleurs violentes que l'enfant accusait avant l'opération ont disparu; la station assise est possible.

L'enfant, revu le 1^{er} avril, était en excellent état et avait engraisié.

OBSERVATION III

Volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche. Extirpation intégrale. Guérison. Observation de M. le professeur Alglave.

La nommée M..., âgée de 25 ans, employée, domiciliée à l'abattoir de la Vilette, vient à la Pitié, en décembre 1912, pour une tumeur de l'abdomen, qu'elle a commencé à sentir et à voir il y a au moins trois ans. Elle aurait souffert un peu, en 1902, vers l'âge de 15 ans, au moment de ses règles, mais ce n'est qu'à partir de 1906, il y a six ans, qu'elle a éprouvé souvent, dans le bas-ventre, des douleurs assez vives pour la préoccuper et l'obliger, à certains moments, à se reposer ou à recourir à des calmants locaux.

De 1909 à 1912, le ventre devient de plus en plus douloureux, et surtout sous l'influence de la marche et du moindre choc.

La grosseur du bas-ventre augmente avec les souffran-

ces, et la malade vient nous consulter en novembre 1912, bien décidée à se faire opérer s'il y a lieu.

Notre examen nous montre l'existence d'une tumeur vaguement fluctuante, qui remplit en grande partie la cavité pelvienne et monte au-dessus de l'ombilic. On la sent dans le cul-de-sac gauche du vagin, et aussi dans le cul-de-sac postérieur, en même temps que l'utérus, qui paraît indépendant et fortement refoulé vers la droite.

La masse est un peu douloureuse à la pression et paraît plus grosse qu'une tête d'adulte.

Devant ces signes, nous croyons à un kyste probable du para-ovaire, et nous conseillons une intervention.

La malade entre à la Pitié, dans le service de notre maître M. Arrou, dans les premiers jours du mois de décembre, et nous l'y opérons le 10 décembre 1912, sous anesthésie au chloroforme.

Une incision de laparotomie médiane est tracée de l'ombilic au pubis.

La tumeur est entourée d'un voile épais d'adhérences épiploïques et pariétales; on la libère. On la détache aussi de quelques anses grêles assez étroitement adhérentes.

On essaie alors l'extériorisation progressive; mais la tumeur ne vient pas au dehors, elle s'enfonce dans la cavité pelvienne et se montre intimement retenue du côté de la base du ligament large gauche.

Son volume est sensiblement celui d'une tête d'adulte; elle cache complètement l'utérus et refoule la vessie.

On ponctionne alors la tumeur et on recueille un liquide clair et fluide comme de l'eau de roche. L'aspect de ce liquide fait penser au kyste hydatique. L'écoulement du liquide s'étant bientôt arrêté, on retire le trocart, qui ramène une membrane hydatique l'obstruant.

Après protection du péritoine aussi rigoureuse que pos-

sible, et à plusieurs plans autour du kyste, on ouvre la poche largement pour la vider des hydatides et du liquide qu'elle contient. Le kyste, vidé, après des manœuvres patientes et assez difficultueuses, on finit par l'extirper en entier. La trompe et l'ovaire gauches, malades et adhérents au kyste, sont extirpés avec lui.

Grâce à la protection attentive, renouvelée et complétée à tout moment, il semble qu'aucune vésicule ou scolex n'ait pu tomber dans le péritoine.

A défaut de la solution formolée, nous nous sommes servi d'eau oxygénée pure.

A la fin de l'opération, on s'aperçoit que, du côté droit, immédiatement au-dessous de l'ovaire, il existe également, accolée au péritoine postérieur du ligament large, une hydatide des dimensions d'un œuf de poule. Ce petit kyste est extirpé aisément.

Un drain n° 40 est placé dans le cul-de-sac de Douglas; l'opération a duré 1 heure 10 minutes.

Les suites opératoires sont très simples et la malade a pu quitter l'hôpital en bon état de guérison, vingt jours après l'opération.

Revue trois mois après, elle est très bien portante, ne souffre plus du tout et demande à reprendre son travail.

L'examen anatomique de la poche hydatique n'offrait rien de particulier. A l'intérieur de la tunique adventive, existait une membrane germinative sans caractères bien particuliers, et dans laquelle étaient incluses de nombreuses vésicules filles et de la poussière de scolex.

Le contenu de la poche ne paraissait pas infecté.

Notons que cette femme habite dans un abattoir et a près d'elle un petit chien d'appartement.

OBSERVATION IV

Kyste hydatique rétro-vésical (Tuffier. Congrès de Chirurgie, 1891)

L. A..., 27 ans, galochier, entre à Necker le 5 novembre 1889.

Il se plaint depuis trois ans de pesanteur dans la région périnéale, avec fréquence des mictions. Il a la sensation d'une boule, ayant beaucoup grossi, rendant les mictions difficiles avec efforts violents. Pas de constipation. Selles rubanées. La région hypogastrique est saillante de l'ombilic au pubis, comme dans la rétention. On sent une tumeur arrondie, lisse, régulière, indolente, mate, mais fluctuante. Légère mobilité transversale. Au toucher rectal, on a une tumeur arrondie, siégeant au-dessus de la base de la prostate. Le cathétérisme reste infructueux; il n'y a pas de pus.

Ces différents signes nous permettent de localiser la tumeur dans la région rétro-vésicale, et la connaissance des observations antérieures me fait porter le diagnostic de kyste hydatique du petit bassin. Je fais trois ponctions sans aucun succès. Ma conviction dans le diagnostic fut légèrement ébranlée; malgré cela, je résolus d'attaquer le kyste avec le bistouri. Je fis une incision sur l'hypogastre de 12 centimètres et trouvai la vessie refoulée derrière le pubis, comme si on avait introduit le ballon de Pétersen dans le rectum. En arrière d'elle, je trouve la tumeur, qui est grosse comme une tête de fœtus; je ponctionne, rien ne sort. J'enfonce et incise largement; je retire plus de

deux litres d'hydatides. A mesure que la poche se vide, la vessie rentre derrière la symphyse. J'étudie alors les connexions intimes de la cavité avec le kyste.

Elle occupe tout le bassin, adhère en arrière au rectum, en avant avec le bas-fond de la vessie; en bas, elle est séparée par un très mince sillon de la base de la prostate; toute tentative de dissection est impossible.

Le malade guérit, sans autre incident qu'une intoxication hydatique très accentuée et quelques accès épileptiformes, chaque fois qu'on détendait la poche pour le lavage.

OBSERVATION V

Kyste hydatique rétro-vésical (M. le professeur Legueu. Résumé)

M. Legueu, de Paris, rapporte l'observation d'un malade de 24 ans, qu'il a opéré pour un kyste hydatique sous-péritonéal, rétro-vésical.

Cliniquement, la tumeur formait saillie au-dessus du pubis et occupait, transversalement, toute la largeur du petit bassin; par le toucher rectal, on constatait qu'elle occupait le cul-de-sac rétro-vésical. Quant à la vessie, elle était refoulée au-dessus du pubis, dans la région inguinale, où elle formait une poche arrondie, indépendante.

M. Legueu reconnut, à l'ouverture du ventre, que le kyste était développé au-dessous de la séreuse; celle-ci était absolument intacte. Il referma le péritoine, puis ouvrit la poche, et, après l'avoir vidée, en réséqua une partie et marsupialisa le reste.

Le malade sortit guéri au bout de six semaines.

CONCLUSIONS

I. Les kystes hydatiques rétro-vésicaux ne constituent pas des raretés cliniques. On peut, au contraire, en recueillir un certain nombre d'observations.

II. Aux anciennes conceptions touchant leur origine : origine sanguine ou origine directe, on oppose ou on ajoute aujourd'hui la notion de greffe secondaire par échinococcose hépatique initiale.

III. Les kystes hépatiques rétro-vésicaux sont des formations de volume très variable, de forme arrondie et lisse, situées, chez l'homme, entre la vessie et le rectum ; chez la femme, entre le rectum et la paroi vaginale.

IV. Les signes cliniques sont, au début, très frustes. Puis, apparaissent deux ordres de symptômes :

1° Les symptômes révélant l'existence d'une tumeur abdominale ou pelvienne ;

2° Des signes de compression des organes voisins (vessie, rectum, uretères).

V. L'évolution de ces kystes se fait vers l'accroissement, la rupture ou la suppuration.

VI. Le diagnostic est particulièrement malaisé, surtout au début. Il faut tout d'abord arriver à la notion de tumeur, puis préciser la nature de cette tumeur. Des procédés de laboratoire doivent être utilisés pour élucider ce point de diagnostic (recherche de l'éosinophilie sanguine, réaction de fixation, précipito-diagnostic, anaphylaxie passive, etc.).

VII. Le pronostic doit être réservé, car l'évolution de l'affection se fait toujours vers l'aggravation, et que des accidents graves menacent toujours le malade.

VIII. Le traitement doit être :

1° *Prophylactique*. La prophylaxie hygiénique doit éviter l'infection du tube digestif par les œufs de *tænia échinocoque*; la prophylaxie opératoire, par une injection formolée intrakystique, évitera, lors des interventions sur les kystes hépatiques, la greffe secondaire péritonéale.

2° *Curateur*. Les ponctions doivent être abandonnées. Si l'extirpation totale est possible, on devra la pratiquer, sinon on refermera la poche sans drainage ou on fera une marsupialisation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, 1892.
ALGLAVE. — Soc. Chir., 1913.
ALBERT. — Sem. méd., 1892.
BENOIT. — Thèse Paris, 1897.
BINAUD. — Arch. chir. Bordeaux, 1893.
BORDIN. — Journ. méd. français, décembre 1910.
BOUILLY. — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.
BOULEY. — Soc. Anat., 1881.
BRUN. — Thèse Paris, 1834.
CHARCOT. — Mémoire Soc. Biol., 1852.
DEVAINÉ. — Traité des entozoaires, 1877.
DEMONS. — Arch. chir. Bordeaux, 1893.
DERMIGNY. — Thèse Paris, 1894.
DÉVÉ. — Journ. méd. français, décembre 1910.
— Thèse de Paris, 1901.
DOLBEAU. — Gaz. des Hôp., 1867.
DUPLAY. — Arch. gén. méd., 1867.
GETTEN. — Thèse Paris, 1898.
HARTMANN. — Travaux de chir., 1904.
HERESCO. — Congr. Urol., 1898.

- LABADIE, LAGRANGE et LEGUEU. — Gynécologie, Paris, 1898.
LAVIGNE. — Thèse Bordeaux, 1893.
LEGRAND. — Thèse Paris, 1890.
LEJARS. — Soc. Chir., 1909.
LEGUEU. — Congr. Urol., 1898.
MORAND. — Acad. sc., 1722.
MASMEJAN. — Thèse Montpellier, 1905.
MORIN. — Thèse Berne, 1876.
MONILLE. — Thèse Paris, 1899.
PERRIN. — Soc. anat., 1853.
PIZE. — Soc. anat., 1853.
QUÉNU. — Soc. chir., 1912.
SIBILLE. — Acad. chir., 1875.
SOUBEYRAN. — Soc. Chir., 1913.
TILLIAUX. — Soc. Chir., 1883.
TUFFIER. — Soc. Chir., 1891.
VILLAR. — Congr. chir., 1893.
VEAU. — Soc. Chir., 1913.
WALTHER. — Bull. Soc. Anat., 1880.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 novembre 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 24 novembre 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Mattres de cette Ecole, de mes chers con-disciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Mattres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
